Ueber die operative Behandlung der kompletten Dammrisse und ihre Resultate

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät der K. Bayr. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Willi Ammenhäuser

aus Kassel.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

Würzburg.
Paul Scheiner, Buchdruckerei.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Geheimrat Professor Dr. Hofmeier.**

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549811_0036

Eine der unangenehmsten Komplikationen bei der Geburt sowohl für Mutter als auch Geburtshelfer ist ein kompletter Dammriss. Zahlreich sind natürlich die Methoden des Dammschutzes, die in der Literatur angegeben, und auf die man begreiflicherweise schon von altersher besondere Sorgfalt verwandt. Denn die Erhaltung des Dammes bei physiologischer Geburt ist eine der Hauptaufgaben, ja geradezu die wichtigste der ärztlichen Kunst (*Olshausen*). Trotzdem wird es wohl nie so weit kommen, dass man die ruptura perinei completa ganz aus dem Rahmen der Geburtshilfe streichen kann, und selbst dem geübtesten Geburtshelfer wird es oft trotz sorgsamsten Dammschutzes nicht gelingen, einen grösseren Dammriss zu verhüten. Die Worte *Kilians:* „Nie wird die Zeit kommen, wo man den kompletten Dammriss, dies ungünstige Ereignis, aus der Reihe der Nachteile, die das Geburtsgeschäft mit sich bringen kann, verdrängt sehen wird" haben auch heute noch ihre Gültigkeit.

Ein beredtes Zeugnis hiefür ist die Statistik über die Geburten aus den einzelnen Frauenkliniken, die uns lehrt, dass immer ein gewisser Prozentsatz kompletter Dammrisse dabei zu verzeichnen ist, der gewöhnlich zwischen 0,2 und 0,5 % schwankt. Ausserhalb der Klinik ist der Prozentsatz natürlich weit höher. Es zeigt uns dies die grosse Anzahl Frauen, die jährlich in die Klinik kommen zur Operation ihres veralteten totalen Dammrisses. Es kommen hier freilich nur diejenigen in Betracht, die draussen gar nicht oder aber ohne Erfolg behandelt sind.

In der Würzburger Kgl. Frauenklinik (Dir. Geheimrat Professor Dr. Hofmeier) kamen in der Zeit von 1900 (inkl.) bis 1. Oktober 1912 auf 9150 Geburten 25 komplette Dammrisse, also ungefähr etwas weniger als 0,3 %,

die sämtlich sofort genäht wurden. Es kamen ferner in derselben Zeit auf der gynäkologischen Station 62 veraltete komplette Dammrisse zur Operation.

Über die operative Behandlung dieser insgesamt 87 Fälle und die dabei erzielten Resultate zu berichten, ist meine Aufgabe.

Zunächst einige Worte über den Begriff und die Genese des Dammrisses.

Die meisten, ja fast alle Dammrisse, naturgemäss auch die in das Rektum genetrierenden, beginnen in der Scheide seitlich neben der Columna rugarum posterior, setzen sich auch seitlich auf dem Hautdamm fort, pflegen sich im Rektum etwas mehr der Mitte zu nähern, liegen aber auch im Rectum nicht selten exquisit seitlich. Ihrer Ausdehnung nach werden die Dammrisse bekanntlich in inkomplette (1. und 2. Grades) und komplette (3. Grades) eingeteilt. Ein Dammriss 1. Grades ist jede kleinere Kontinuitätstrennung des Dammes. Reicht der Dammriss bis zum Sphinkter ani externus, das heisst ohne Freilegung seiner Muskelfasern, so haben wir es mit einem Dammriss 2. Grades zu tun. Von einem kompletten oder Dammriss 3. Grades sprechen wir, wenn „ausser der Vaginalschleimhaut, der Rektumschleimhaut und dem Integument des Dammes die Muskeln des Dammes und Beckenbodens durchrissen sind, und zwar der Puborectalis, eventuell der Pubococcygens (dieser wird gelegentlich nur angerissen, beide gehören zu der Muskelgruppe des Levator ani), der Transversalis perinei samt den mit diesem gemeinsam entspringenden, meist unbedeutenden Fasern des Bulbocavernosus i. e. Constrictor cunni der Sphinkter ani". (*Küstner.*)

Die Columna rugarum posterior ist entweder als dicker Wulst oder in Gestalt unregelmässiger Rudimente erhalten. Vom After ist nur die hintere Partie zu sehen. Vulva, Scheide und Rektum bilden eine einzige klaffende Öffnung, bedingt durch Zug des M. levator ani und transversus perinei.

Die fast ausschliessliche Veranlassung zur Entstehung eines kompletten Dammrisses bildet, wie für alle Dammrupturen, die Geburt, vor allem die mit Kunsthilfe beendete. Denn hierbei wird das mütterliche Perineum sehr stark gedehnt, seine Breite wächst von 3—4 cm bis auf 10 cm.

Der Damm zeigt nun bei den einzelnen Frauen eine sehr mannigfache Verschiedenheit bezüglich seiner Dehnungsfähigkeit und Stärke der Muskulatur, ebenso wie bei dem einen Individuum der Knochenbau und die Muskulatur des ganzen Körpers kräftiger entwickelt ist, als bei dem andern.

Ich will hier etwas näher auf das ätiologische Moment des Dammrisses eingehen. Nach *v. Wörz* ist das Eintreten von Dammrupturen abhängig:

I. Von der Zeitdauer des Durchtrittes der Frucht. Der zu rasche Durchtritt findet statt:

1. Bei Sturzgeburten,

2. bei unvernünftiger Kumulierung von Wehen und Bauchpressenarbeit beim Durchtritt des Schädels,

3. durch zu rasche Extraktion,

4. bei schneller Erweiterung der Schamspalte durch einen kleinen Kopf,

5. bei engem Becken, mit weitem Beckenausgang.

II. Von der Beschaffenheit des Dammes. Ungünstig beschaffen sind folgende Dämme:

1. Zu breite und zu schmale,

2. pathologisch veränderte (Lues, Varices, auch ödematöse Dämme bei Nephritis und vitium cordis),

3. unelastische (ältere Erstgebärende, Mehrgebärende mit langer Geburtspause).

III. Von den Grössenverhältnissen zwischen der ad maximum gedehnten Vulva und dem grössten sie passierenden Umfang des Kindskopfes. Dahin gehören:

1. Absolute Enge der Schamspalte,

2. abnorme Grösse des Kindskopfs,

3. Haltungsanomalien (Vorderhaupts-, Stirn- und Gesichtslagen, Vorfall von Extremitäten neben den Kopf.)

4. tiefer Querstand des Kopfes,

5. zu grosse Schulterbreite.

Meistens sind es natürlich mehrere gleichzeitig einwirkende ungünstige Momente, die ätiologisch für das Zustandekommen der totalen Dammruptur verantwortlich zu machen sind. Am meisten scheint es immerhin noch auf die Elastizität und Widerstandsfähigkeit des mütterlichen Perineums anzukommen. Hierfür sprechen vor allem zwei Tatsachen.

Einmal sollen bei den wilden Völkern trotz fehlenden Dammschutzes Dammrisse so gut wie überhaut nicht vorkommen. Die harte Lebensweise, der fast ständige Aufenthalt im Freien schaffen wohl hier durch Kräftigung der Muskulatur und Abhärtung einen widerstandsfähigen Beckenboden.

Dann werden bei den sogenannten Sturzgeburten, bei denen die Kreissenden sich in kniender oder hockender Stellung befinden, verhältnismässig wenige Dammrupturen beobachtet trotz des schnellen Verlaufs des letzten Teils der Austreibungsperiode, der doch die Elastizität und Widerstandsfähigkeit des Dammes in hohem Mass in Anspruch nimmt. Auch von unseren 87 Fällen von komplettem Dammriss gab nur ein einziges Mal Sturzgeburt die Veranlassung. Vermutlich sind eben gerade bei den Sturzgeburten die Gewebe so elastisch und leicht dehnbar, dass ein der Elastizität entsprechend angepasster Dehnungsgrad — die Kinder sind ja dabei meist nicht sehr gross — die Kontinuität nicht vernichtet. Es spielen also offenbar grosse individuelle Verschiedenheiten mit.

Aus den Bestrebungen, durch Ausschaltung widriger ätiologischer Momente die Risse zu vermeiden, oder, wo dies unmöglich, auf ihren Verlauf einen günstigen Einfluss zu gewinnen, hat sich der Dammschutz herausgebildet. Demnach wird sich die Prophylaxe hauptsächlich auf folgende Punkte zu erstrecken haben:

1. Beförderung des Durchtritts des kindlichen Schädels in der günstigsten Durchtrittsebene,

2. Sorge für möglichst gleichmässige Dehnung der Peripherie der Schamspalte,

3. Verhinderung eines zu schnellen Durchtretens des Kopfes und der Schultern durch die Schamspalte (eventuell in der Wehenpause den Kopf entwickeln),

4. künstliche Erweiterung der Schamspalte durch operativen Eingriff. (Episiotomie).

Ist nun einmal trotz sorgsamsten Dammschutzes ein totaler Dammriss entstanden, wie haben wir uns demgegenüber zu verhalten? Muss therapeutisch eingegriffen werden? Wie hat sich die Behandlung zu gestalten?

Bei den ungeheuren Fortschritten, die in den letzten Jahrzehnten vor allem auf dem Gebiet der Chirurgie und Asepsis gemacht worden sind, wird wohl heute ziemlich allgemein die chirurgische Behandlung frischer Dammrisse als Notwendigkeit anerkannt. „Kommt man bereits in den ersten 24 Stunden nach Entstehung des Risses dazu, so kann man noch hoffen, durch eine sofort angelegte Naht prima intentio zu erzielen. Man wird dies im Interesse der Kranken, wenn es irgend ausführbar erscheint, immer versuchen müssen, obgleich nach meiner Erfahrung die Prognose für derartige Operationen frischer Dammrisse keine sehr günstige ist.“ (*Hofmeier.*) Jedenfalls sind die Nachteile bei nicht ausgeführter Naht so gross, die Heilerfolge bei richtig angelegter Naht im grossen und ganzen doch meist so günstig, dass es nicht zu billigen ist, eine Frau den Miseren eines ungenähten kompletten Dammrisses und der Unbequemlichkeit einer späteren Operation auszusetzen. Erfahrungsgemäss kann man ja die frische Dammwunde trotz der Nähe des bakterienhaltigen Rektalinhalts im allgemeinen als rein betrachten. Eine solche Wunde wird doch immer am sichersten und schnellsten nach sorgfältiger Blutstillung durch eine sofortige exakt ausgeführte Naht zur Heilung gebracht. Denn nur auf diese Weise werden die zusammengehörenden Gewebe richtig zusammengebracht und die Wundflächen am sichersten vor späterer Infektion bewahrt. Wenn im Jahre 1866 *Lawson Tait* die

Meinung kund gibt, dass Dammrisse erst nach sekundärer Verheilung durch eine Nachoperation zu behandeln seien, so lässt sich dessen Standpunkt vielleicht damit erklären, dass damals in der vorantiseptischen Zeit die primäre Naht des Dammes bei mangelhaftem Nahtmaterial, fehlender Aseptik, fehlender Säuberung gerade dieser Körperregion höchst wahrscheinlich selten per primam geheilt ist. Aber heute im Zeitalter der Asepsis liegen die Verhältnisse doch ganz anders.

Berechtigtes Aufsehen hat daher die im Jahre 1903 erschienene Publikation von *K. Hegar* erregt, in der er sich im allgemeinen gegen die primäre Naht ausspricht, und dieselbe nur unter gewissen Voraussetzungen unternommen wissen will.

Freilich gibt es, und hierin müssen wir *Hegar* recht geben, gewisse Komplikationen, die die primäre Naht kontraindicieren, aber *Hegar* geht in seinen Forderungen entschieden zu weit. Nach ihm wäre die Naht überhaupt nur bei Dammrissen angezeigt, bei denen eine Insufficienz des Scheidenschlusses und des Beckenbodens zu erwarten steht und folgende Vorbedingungen vorhanden sind:

1. Eine Beschaffenheit der Wunde, die eine prima intentio mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit erwarten lässt, bei der also kein zu weitgehender Riss ins septum rectovaginale, keine Quetschung und Sugilation besteht.

2. Der Allgemeinzustand der Entbundenen muss so sein, dass der Eingriff gut und ohne Nachteil ertragen werden kann. Insbesondere muss eine bereits bestehende Infektion mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können. Es darf keine Temperatursteigerung, kein auf Endometritis oder Kolpitis zurückzuführender Ausfluss bestanden haben.

3. Die äusseren Verhältnisse müssen derart sein, dass die Operation mit allen Kautelen der Asepsis und Antisepsis gut durchgeführt werden kann, und weiter müssen

alle Bedingungen gegeben sein, die einen günstigen Heilungsverlauf unter Ausschluss einer Spätinfektion gewährleisten.

Nach diesen Forderungen *Hegars* dürfte wohl kaum noch eine Dammnaht ausgeführt werden können, und *Hegar* kommt auch schliesslich zu dem Schluss: „Die Naht eines Dammrisses 3. Grades ist wohl kaum je zu empfehlen.“ Mit dieser Anschauung steht *Hegar* freilich ziemlich vereinzelt da, und seine Ausführungen sind besonders von *Bucura, Eversmann, Vogel* und *Zweifel* einer scharfen Kritik unterworfen.

Bucura weist an Hand der Statistik nach, dass die von *K. Hegar* erhobenen Bedenken gegen Ausführung der primären Naht hinfällig sind. Er fasst seine Erfahrungen dahin zusammen:

„Auf unserer Klinik galt stets der Grundsatz, jeden Dammriss, sowohl den inkompletten, als auch den kompletten gleich nach der Geburt zu nähen. Die Erfahrungen, die bei diesem Verfahren gesammelt wurden, sind so beschaffen, dass wir uns mit *Hegars* Ausführungen nicht einverstanden erklären können, denn wir sehen auch den weitgehendsten Riss ins Septum rectovaginale trotz geschehener Quetschung und Sugilation bei Naht desselben oft genug per primam verheilen, ebensowenig kann für uns die Naht durch eine mutmassliche (und sicher stellen lässt sich dieselbe zur Zeit der Naht wohl in den seltensten Fällen) Infektion kontraindiciert erscheinen; auch von seiten des Zustandes der Frau sehen wir uns in der Klinik niemals verhindert, die Dammnaht zu machen, obschon in seltenen Fällen dies wohl denkbar wäre. Eine grössere Gefährdung der Wöchnerin durch Infektion bei der Naht, im Vergleich zum Offenlassen des Dammrisses erscheint uns bei richtiger Nachbehandlung der Wunde nicht wahrscheinlich. Das grösste Übel, auf das man sich dabei gefasst wird machen müssen, ist nur eine nicht per primam erfolgende Heilung der Wunde.“

Nach *Eversmann* ist selbst Fieber keine Kontraindikation der Naht:

„Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass selbst bei schwerem Puerperalfieber der genähte Damm meist gut heilt. Kontraindikation wäre nur ein bereits eingetretener schmierig, eitriger Wundbelag, der in den ersten zwölf Stunden wohl kaum je zu konstatieren sein wird."

Vogel führt gegen *Hegar* folgendes an:

„*Hegars* Hauptgrund für die Unterlassung der Naht ist die Gefahr der Infektion. Diese ist aber bei sorgfältiger und sauberer Naht sehr gering, wenn nicht das Fieber schon durch vorausgegangene schwere Geburten bedingt ist; dies aber tritt ein, wenn der Damm vielleicht nicht einmal mit unter der Wunde durchgreifenden Nähten vereinigt wird, der manchmal tiefgehende Scheidenriss aber nicht. Gerade in der künstlich geschaffenen Bucht staut sich das Sekret an und liefert den Bakterien vorzüglichen Nährboden. Es tritt dann häufig, nicht weil der Damm genäht wurde, sondern weil er falsch genäht wurde, Fieber ein."

Wie vernähen wir nun den kompletten Dammriss am zweckmässigsten? Es kommen heute im wesentlichen nur zwei Methoden in Betracht:

1. Das am meisten geübte Verfahren der komplizierten Naht. Isolierte Naht des Mastdarms, der Scheide und des Dammes oft unter Zuhilfenahme versenkter Suturen.

2. Die *Emmet*'sche Naht, die bekanntlich in der Weise ausgeführt wird, dass die oberste Ligatur der Vaginalwand, die unterste dem Rektalrand parallel geführt wird, während mittlere Ligaturen das dazwischenliegende Gewebe fassen. Sämtliche Ein- und Ausstiche liegen auf der äusseren Haut.

Das wesentlichste Moment ist immer die Vereinigung der Darmwunde zur Bildung des zerstörten Teiles des Rektalrohres. Hierbei ist darauf zu achten, dass die angelegten Nähte die Schleimhaut des Rektums nicht mitfassen, damit nicht durch die Stichkanäle vom Mastdarm aus eine Infektion in die geschlossene Dammwunde er-

folgt. Im übrigen muss immer als oberster Grundsatz gelten, so zu nähen, dass alle Teile der Wunde ohne besondere Spannung gleichmässig aufeinander zu liegen kommen.

In der hiesigen Klinik wird nur nach der zuerst angegebenen Methode der isolierten Naht des Mastdarms, Damms und Scheide operiert. Die Operation selbst wird teils in Chloroformnarcose, teils in Lumbalanaesthesie ausgeführt. Ich will hier kurz die Etappen der Naht, wie sie in unserer Klinik üblich, skizzieren:

1. Fixierung des Sphinkter durch einen oder mehrere Seidenfäden, die später geknüpft werden.

2. Naht des Darmes unter Vermeidung der Schleimhaut mit dünnen Catgutknopfnähten.

3. Schluss der übrigen Wunde teils mit fortlaufender, teils mit versenkter und oberflächlicher Catgutnaht.

4. Bei sehr tiefgehendem Riss werden öfters Silberdrähte, oder *von Herff*'sche Klemmen angelegt, die am 8. bis 10. Tage wieder entfernt werden.

Auf die Wunde wurde früher ein Sublimatbausch gelegt, jetzt bestreicht man sie mit Dammara-Benzoe-Jodaether, ein Verfahren, das sich sehr gut bewährt hat.

Zur Desinfektion wird in die Scheide öfters Glutol, ein Präparat der Formaldehydreihe eingestreut.

Die Nachbehandlung ist eine einfache. Die ersten 14 Tage setzt man die Kranke auf Diät und lässt sie nur leicht resorbierbare, leicht verdauliche Speisen zu sich nehmen. „Ich lasse", sagt *Hofmeier,* „bereits vom 4. bis 5. Tage an Abführmittel geben, am besten Ol. Ricini in wiederholten kleinen Gaben, damit die härteren Stuhlmassen langsam erweicht werden, bevor sie zur Ausleerung kommen. Sobald sich nun Drang zum Stuhlgang einstellt, wird vorsichtig, am besten in Seitenlage, ein nicht zu grosses Klysma mit Ol. oliv. verabreicht. Dasselbe geschieht, wenn sich schon früher unerwartet Stuhldrang einstellt. Der Stuhl ist dann dünn und flüssig, während in den ersten Tagen die Naht noch fest genug hält, um Verschiebungen der Wundflächen

zu verhindern. Dann wird wieder während drei Tagen durch kleine Opiumgaben der Darm in Ruhe gehalten, dann wieder abgeführt. Nach erfolgtem Stuhlgang wird der Damm abgespült und in der Regel nicht vor dem 8. Tage angesehen. Der Silberdraht wird dann entfernt und täglich für weichen Stuhl gesorgt."

Verheilt nun die Wunde nicht per primam, empfiehlt es sich auf keinen Fall sofort wieder zu nähen, da das Sekret fast immer Mikroben enthält. Die Chancen der wiederholten Naht unmittelbar nach der Geburt sind sehr schlecht. Man wird in diesem Falle daher am besten die gewöhnliche Zeit der puerperalen Rückbildung (5—6 Wochen) abwarten, bevor man wieder operiert.

Es erfolgt allerdings dann die secunda intentio, die Behäutung der Wunde mit Narbengewebe, was immer eintritt, wenn ein Dammriss überhaupt nicht genäht oder die primäre Naht missglückt ist. Wir sprechen in diesem Falle dann von der sogenannten „Ruptura perinei completa inveterata", charakterisiert dadurch, dass der seitlich abgerissene Damm in sich zusammensinkt, und dadurch der entsprechende Teil der Wunde in der Richtung von vorn nach hinten (respektive an der Liegenden von oben nach unten) beträchtlich verjüngt. Eine weitere Verjüngung dieses Teiles der Wunde kommt noch dadurch zustande, dass die losgerissene Columna rugarum posterior prolabiert.

Dagegen behält derjenige Teil der Wunde, welcher der seitlichen Partie der regio perinealis entspricht, wo der Damm abgerissen ist, etwa seine ursprüngliche Ausdehnung und Grösse. Musste man a priori als selbstverständlich annehmen, dass die beiden Hälften der Dammrisswunde einander kongruent seien, so ist es also faktisch schon unmittelbar nach der Verletzung anders. Wir haben eine zusammengesunkene kleinere, schmälere Hälfte und eine, die die ursprüngliche Ausdehnung mehr oder weniger beibehält. Diese Inkongruenz wird durch den Narbenschrumpfungsprozess nur noch gesteigert. (*Küstner.*)

Es stellt demnach der veraltete Dammriss den durch Narbenbildung in seiner ursprünglichen Form veränderten Damm dar.

Der nicht geheilte veraltete komplette Dammriss ist nun für die Frauen ein höchst beklagenswerter Zustand. Vortrefflich hat *Roux* das Fürchterliche dieses Leidens geschildert: „Jedesmal, sagt er, vernarben die Wundränder für sich allein. Das Perineum ist dann vollständig geschwunden. Scheide und Anus bilden nur ein und denselben Weg, eine einzige tiefe Bucht mit Narben oder höckrigen Rändern, mit einem schleimigen Gewebe bekleidet, und sofern die Teilung sich bis zur Rektovaginalscheidewand erstreckte, bildet der untere Teil des Rektums und der Vagina eine Kloake. Ein solcher Zustand ist für eine Frau bejammernswert, nicht nur, dass es sich hier um einen Verlust physischer Reize handelt, sondern auch um ein so schauderhaftes Leiden, wie ein widernatürlicher After eines ist. Der Sphinkter widersetzt sich dem Austritt der Gase und Fäkalien. Ohne Zweifel können diese noch eine Zeitlang im Rektum verweilen, wenn sie eine gewisse Konsistenz haben, aber wenn sie breiig sind, so ist ein immerwährendes Drängen vorhanden, und wenn sie flüssig, gehen sie wider Willen ab und beschmutzen die Vagina und alle Nachbarteile. Dadurch sind die Frauen gezwungen, einsam gegen die Bestimmung ihres Alters zu leben. Sie verfallen in Trübsinn, fast immer leidet ihr Allgemeinbefinden, und ihre Farbe verliert an Frische.“ Das quälendste Symptom ist demnach die mehr oder weniger völlige Inkontinentia alvi et flatus.

Durch das weite Klaffen der Vagina wird natürlich den Infektionsstoffen das Eindringen in dieselbe sehr erleichtert; es kommt zu katarrhalischen Entzündungen der Scheide und des Uterus. Ferner klagen fast alle Patientinnen mit totalem Dammriss über das Gefühl des „Senkens der Geschlechtsteile oder gar des herausgefallenen Leibes“, vor allem bei erhöhter Inanspruchnahme der Bauchpresse,

ein Umstand, der sie unfähig zu jeder körperlichen Arbeit und Anstrengung macht.

Manche Patientinnen klagen auch über Neuralgien verschiedener Art, die wohl teils bedingt sind durch Kompression feiner Nervenstränge, durch das schrumpfende Narbengewebe, teils durch Fissuren in der Schleimhaut.

Schliesslich kann auch Sterilität die Folge eines kompletten Dammrisses sein, da der Koitus nicht richtig ausgeübt werden kann, und der ejakulierte Samen die Vagina infolge des mangelhaften oder fehlenden Scheidenschlusses zu rasch wieder verlässt.

Die Folgen des nicht geheilten vollkommenen Dammrisses sind also sehr traurige, und man begreift leicht, dass dieser ganze Zustand bei den betroffenen Frauen leicht psychische Depression hervorrufen kann. Es sind zahlreiche Fälle von Manie, Hysterie und Melancholie bekannt, die aus veralteten Dammrissen resultierten.

Als extremen Beleg hiefür führt *Utendörffer* an, dass *Hobbs*, der in seinem Irrenhaus in London gynäkologische Diagnose und Therapie eingeführt hatte, unter 1000 weiblichen Irren bei 18 als wesentliches Genitalleiden Dammriss vorfand und operativ heilte.

Bei dieser Summe von Leiden, die die Frauen wohl mit zu den unglücklichsten ihres Geschlechts macht, ist es nicht zu verwundern, dass die Ärzte alles versucht haben, solch unglückliche Geschöpfe von ihren Beschwerden zu befreien. Denn „ein fehlender Damm ist ein so schweres Leiden, dass die Notwendigkeit der Wiederherstellung zu betonen überflüssig ist“. (*Küstner.*)

Wie stellen wir nun einen fehlenden Damm wieder her?

Die plastischen Operationen des kompletten Dammrisses haben ein verhältnismässig junges Alter. Denn erst im letzten Drittel des vergangenen Jahrhunderts wurde nach dem Vorgehen von *Dupuytren, Roux* und *Diefenbach* die Dammplastik allgemein. *Diefenbach* hat wohl

zuerst die Vereinigung des angefrischten Dammes nach 3 Seiten hin, Mastdarm, Scheide und Damm ausgeführt.

Im Prinzip erstreben alle Methoden der Perineoproctoplastik in erster Linie eine Wiedervereinigung des Mastdarmrohres und vor allem der von einander gerissenen Fasern des Sphinkter ani externus, in zweiter Linie die Herstellung einer Scheidewand zwischen Rektum und Vagina in der Breite, als es der einzelne Fall zulässt oder erfordert. Die Operateure suchen in ihren Methoden durch Schaffung frischer Wundflächen die verletzten Teile, jeden für sich wieder herzustellen und zum neuen Damm aufzubauen.

Zur Erreichung dieser Ziele stehen uns eine grosse Anzahl von Operationen zu Gebote.

Hinsichtlich ihrer technischen Ausführung teilt man die plastischen Operationen am Damm ein in:

I. Anfrischungsmethoden.

Das Prinzip dieser Operation ist von *Diefenbach* aufgestellt, von *Simon* und *Hegar* angenommen und ausgebildet und dient dem Verfahren von *Freund* und *Martin* als Grundlage.

Es erstrebt die Wiederherstellung der ursprünglichen Form der Wunde zwischen Vulva und Anus und zwar mit möglichster Genauigkeit und erreicht dieses Ziel durch die von der Seite her erfolgende Vereinigung. Auf dem Sagittalschnitt entspricht die Form der Anfrischungsfigur einem Dreieck, dessen eine Seite vom Damm, die zweite von dem Scheidenschleimhautriss, die dritte von dem Mastdarmriss und dem Riss im Septum rectovaginale gebildet wird. Diese Form hat der Anfrischungsmethode den Namen der triangulären gegeben.

Die Operation wird in der Weise begonnen, dass man einen Punkt an der Columna rugarum etwa 1—2 cm über dem Ende des Mastdarmrisses mit einer Kugelzange fasst und etwas anzieht. Nach dem durchgehenden Prinzip, zuerst immer an den am tiefsten gelegenen Punkten anzufrischen, um nicht durch das überströmende Blut nachher belästigt

zu werden, führt man zuerst einen bogenförmigen Schnitt an der Grenze zwischen Mastdarm- und Scheidenschleimhaut bis zu den Enden des durchrissenen Sphinkter ani. Darauf führt man von dem vorher in der Scheide gefassten Punkt einen mehr oder weniger konkaven Schnitt beiderseits nach aussen, etwa bis zum unteren Ende der kleinen Labien, und verbindet dann das Ende dieses Schnittes mit dem Ende des vorigen. Die derart umzeichnete Schleimhaut wird dann in ihrer ganzen Dicke abpräpariert. Nach vollendeter Anfrischung erfolgt sofort die exakte Naht von Rektum, Scheide und Damm.

Die Anfrischungsfigur *Simon-Hegars* hat die Form eines Schmetterlings mit ausgebreiteten Flügeln.

Freund und *Martin* frischen zweizipflig an. Die Columna rugarum bleibt erhalten, soweit sie noch erhalten ist. Die Anfrischungsfigur hält sich hier sonst im ganzen an die Form des Narbenfelds.

II. Lappenmethoden.

Sie sind von *Langenbeck* begründet und liegen Operationsverfahren von *Wilms, Bischoff* und *Staude* zu Grunde.

Hier fällt die Anfrischung nicht in die Scheide, sondern zwischen Scheide und Mastdarm, die je nach Fall mehr oder weniger ausgedehnt, blutig von einander getrennt werden. Die Trennungsstellen erfahren durch Anfrischung der Wundränder eine Verbreiterung, und durch die seitliche Zusammenfügung dieser Teile wird ein neuer Damm gebildet.

III. Dammspaltungsmethoden,

die von *Tait* wieder eingeführt und von *Sänger* ausführlich beschrieben sind. Nach der Methode von *Tait* werden von dem vernarbten Dammriss Hautlappen von vorn her abpräpariert und nach rückwärts gleichsam als Decke über das Rektum geschlagen. Die Anfrischung wird mit einer spitzen Schere vorgenommen.

Diese Methode ist von *Sänger* folgendermassen modifiziert worden: Durch einen Schnitt mit einer knie-

förmigen Schere wird das Septum rectovaginale durchtrennt; auf beiden Endpunkten des Schnittes werden zwei senkrechte Schnitte nach vorn bis zum Umfang der kleinen Labien geführt, ebenso nach hinten bis an den Sphinkter, so dass die Schnitte die Figur eines H bilden. Dann wird nach vorn und hinten je ein Lappen abpräpariert, der vordere nach vorn, der hintere nach hinten zurückgeschlagen und der Damm quer vereinigt.

Die Spaltungsmethoden mit Anfrischung nach *Küstner* und *Walcher* haben die Erhaltung von möglichst viel Gewebe zum Prinzip. *Walcher* excidiert sämtliche Narbenzüge und spaltet dann die Wundflächen, *Küstner* schneidet nur die grösseren Narben aus, die schmäleren Narbenzüge spaltet er bloss. Beide erzielen auf diese Weise Wundflächen mit beweglichen Rändern, die den ursprünglichen Rissflächen annähernd entsprechen. Die Nahtlegung geschieht von Mastdarm, Damm und Scheide aus. *Küstner* legt vor allem auf folgende Hauptpunkte grossen Wert:

1. Anfrischen, wie es durch die Narben vorgezeichnet ist, durch Spaltung und Präparation.

2. Spaltung des Septum rectovaginale bis zur Tiefe von einigen cm.

3. Sagittale Vereinigung im Sinne des Status quo.

Bei dieser unendlich grossen Zahl von Operationsmethoden, (ich habe hier nur die wichtigsten angegeben), die immer wieder modifiziert werden, sehen wir uns vor die Frage gestellt, welches ist nun eigentlich die beste, nach welcher sollen wir operieren, und mit welcher erzielen wir die besten Resultate?

Die Antwort auf diese Frage gibt uns *Küstner* in seiner Abhandlung:

„Die individualisierende Operation der inveterierten Scheiden-Damm-Mastdarmrisse“, in der er ungefähr kurz folgendes ausführt:

„Es ist falsch, die Operation der Scheidendammplastik nach irgend einem Schema auszuführen, es ist also falsch, eine bestimmte Methode dafür ausbilden, und ein Prinzip

für besser als andere Methoden erklären zu wollen. Vielmehr soll jeder Fall so operiert werden, wie seine Eigentümlichkeit es verlangt. Für die Anfrischungsfigur ist die Narbe massgebend, die völlig excidiert werden soll.

Bei den üblichen Methoden der Dammplastik wird teils überhaupt zu wenig, teils auf der einen Seite zu wenig, auf der anderen Seite zu viel angefrischt. Wird die ganze Narbe ausgelöst, so entsteht zunächst eine ganz bizarre und zackige Anfrischungsfigur, der man aber durch nachbessernde Schnitte völlige Symmetrie geben kann. Für die Funktionsfähigkeit des zu rekonstruierenden Dammes kommt es darauf an, dass die korrespondierenden Stellen der Muskeln in der angefrischten Fläche aufgesucht und durch isolierte Naht zusammengebracht werden. Die Stümpfe des Sphinkter müssen durch Probezug als solche festgestellt und herauspräpariert werden: Verwechslungen mit dem Transversus perinei sind durchaus möglich. Auch dieser, der die Stütze für den unteren Teil der Vagina abgibt, muss herauspräpariert, angefrischt und sorgfältig durch isolierte Naht versorgt werden.

Häufig einseitig, manchmal auch doppelseitig reisst der Puborektalis durch, von dessen Intaktheit die Festigkeit des Beckenbodens sehr wesentlich abhängt. Die ihn vereinigende Nähte liegen nicht quer, sondern gehen von vorn (Schambogen) nach hinten (Rektum), wodurch der ganze Damm mehr schambogenwärts gehoben wird. Anatomisch falsch rekonstruierte Dämme reissen bei späteren Geburten leicht ein, richtig hergestellte halten meist stand."

Küstner schliesst seine Abhandlung mit den Worten: „Die Narbe auslösen, die Verhältnisse herstellen, wie sie unmittelbar nach der primären Verletzung vorlagen und nach korrekten chirurgischen Prinzipien durch die Naht vereinigen, so wie die zerrissenen Teile zusammengepasst haben, das ist es, worauf es ankommt. Plastisch operieren ist Zeichnen mit dem Messer. Je naturgetreuer die Zeichnung ist, um so richtiger ist sie. Bei der Proktoperineoplastik

liegen die Verhältnisse so günstig, dass eine völlig naturgetreue Ausführung möglich ist. Auch dieser Umstand sollte den Weg zur Methode weisen."

Auch *Hofmeier* steht auf dem Standpunkt, dass man den Operationsplan den anatomischen Verhältnissen des einzelnen Falles jeweilig anpassen muss. „Meiner Meinung nach", sagt er, „müssen wir diejenige Methode wählen, die die einfachste und natürlichste ist und die einfachsten Wundverhältnisse erlaubt. Ebenso ist diejenige Nahtmethode am besten, die am einfachsten und leichtesten auszuführen ist, ohne ihren Zweck zu verfehlen. Wenn man auch gewiss für die Mehrzahl der Fälle am liebsten die gleiche Methode anwenden wird, so würde ich es doch für durchaus unrichtig halten, sich nun nur an diese eine halten zu wollen. Je nach der anatomischen Lage der Fälle wird man nötig haben zu wählen."

In diesem Sinne wird auch in hiesiger Klinik operiert. Als Vorbereitung zu der Operation wird den Kranken einige Tage vorher ein Abführmittel gegeben und die Diät so eingerichtet, dass nur möglichst vollkommen resorbierbare Nahrungsmittel gereicht werden.

Am Abend vor der Operation wird dann eine mittlere Dosis Opium gegeben, um den Darm ruhig zu stellen. Unmittelbar vor der Operation wird der Darm selbst durch ein Klysma mit lauwarmem Wasser gereinigt.

Die Operation selbst wird dann, ebenso wie die Naht des frischen kompletten Dammrisses in Chloroformnarkose oder Lumbalanaesthesie vorgenommen.

Das am meisten ausgeübte Operationsverfahren ist kurz folgendes:

Nach Freilegung des Operationsfeldes quere Spaltung der Narbe an der Grenze zwischen Mastdarm- und Scheidenschleimhaut auf etwa 1—2 cm Tiefe. Seitliche Anfrischung und Excision der beiden narbigen Dreiecke, die dem durchrissenen Damm entsprechen und sich in der Regel deutlich von ihrer Umgebung abheben. Unterminierung der Ränder des Mastdarms und der Scheidenschleimhaut durch

seichte Spaltschnitte, wodurch sich Mastdarm und Scheidenrohr sehr leicht miteinander vernähen lassen. Es wird dann zunächst an der Stelle des durchrissenen Sphinkter eine Seidennaht möglichst tief durch die Gewebe gestochen. Durch Anspannung dieser Naht legen sich die Mastdarmränder aneinander und werden durch versenkte Catgutnähte miteinander vereinigt. Bei sehr tiefgehenden Rissen werden 1 oder 2 tiefe Silberdrähte um die ganze Wunde herumgeführt und letztere durch fortlaufende Catgutnaht geschlossen. Zum Schluss wird der Silberdraht ohne Schnürung geknotet, nachdem die beiden Schenkel aneinander genähert sind.

Über die Wundversorgung und Nachbehandlung habe ich schon an früherer Stelle gesprochen.

Sehen wir uns nun die Fälle aus hiesiger Klinik von 1900 inklusive bis 1. Oktober 1912 an.

Geburtshilfliche Klinik

25 komplette Dammrisse.

Gynäkologische Klinik

62 komplette veraltete Dammrisse.

25 frische totale Dammrupturen.

Fall 1. Jahrgang 1900. Journal-Nr. 54. V. F., Alter: 40 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Bei ganz plötzlichem Mitpressen reisst, ohne dass ein Dammschutz möglich, der Damm bis zum anus ein.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammriss mit guter Funktion per primam geheilt.

Fall 2. Jahrgang 1901. Journal-Nr. 309. M. V., Alter: 21 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Stillstand der Geburt.

Geburtsverlauf: Bei der Zangenextraktion kommt es zu einem kompletten Dammriss.

Therapie: Sofortige Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Dammriss mit guter Funktion p. p. geheilt.

Fall 3. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 144. D. H., Alter: 22 Jahre.

I para. Kindslage: II. Schädellage.

Komplikation: Eklampsie.

Geburtsverlauf: Zur Beschleunigung der Geburt Forceps, dabei kompletter Dammriss.

Therapie: Naht in üblicher Weise.

Wochenbett: 6 eklampt. Anfälle.

Entlassungsbefund: † Obduktion: gangr. pulmonum.

Fall 4. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 148. A. M., Alter: 25 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Enges Becken.

Geburtsverlauf: Hohe Zange. Dabei entsteht bei dem plötzlichen Tiefertreten des Kopfes ein totaler Dammriss.

Therapie: Naht in üblicher Weise.

Wochenbett: 3 Tage später Nähte entfernt, weil Wunde eitert.

Entlassungsbefund: Damm nicht p. p. geheilt. Wunde mit Granulationen bedeckt. Auf gynäkologische Station gebracht.

Fall 5. Jahrgang 1905. Journal-Nr. 172. R. K., Alter: 22 Jahre.

I para. Kindslage: Querlage.

Komplikation: Nabelschnurvorfall.

Geburtsverlauf: Wendung und Extraktion. Trotz beiderseitiger Dammincisionen rupturiert bei der Armlösung wegen der Enge der Scheide der Damm komplett.

Therapie: Übliche Naht.

Wochenbett: Ohne Störung.

Entlassungsbefund: Dammwunde p. p. geheilt mit Ausnahme einer kleinen Stelle in der Mitte des Dammes, die mit Ag. geätzt wird.

Fall 6. Jahrgang 1906. Journal-Nr. 142. M. D., Alter: 36 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Stillstand der Geburt.

Geburtsverlauf: Zangenextraktion. Dabei entsteht ein kompletter Dammriss.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Sphinkter schliesst gut. Dammriss p. p. geheilt.

Fall 7. Jahrgang 1906. Journal-Nr. 234. A. R., Alter: 30 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Tiefer Querstand.

Geburtsverlauf: Forceps. Dabei entsteht ein Dammriss 3. Grades.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammriss nicht p. p. geheilt. Das Septum rectovaginale mit dem Sphinkter durchrissen.

Fall 8. Jahrgang 1906. Journal-Nr. 592. M. Sch., Alter: 32 Jahre.

V para. Kindslage: II. Schädellage.

Komplikation: Plattes Becken.

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Kopf ganz unerwartet durch eine äusserst heftige Wehe geboren. Dabei kompletter Dammriss.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Fieberfrei.

Entlassungsbefund: Damm nicht geheilt. Riss steht vollständig offen.

Fall 9. Jahrgang 1906. Journal-Nr. 690. M. St., Alter: 24 Jahre.

III para. Kindslage: II. Schädellage.

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Infolge einer Presswehe schneidet der Kopf plötzlich durch. Dabei kompletter Dammriss.

Therapie: Naht in üblicher Weise.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 10. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 363. M. M. Alter: 32 Jahre.

I para. Kindslage: Reine Fusslage.

Komplikation: Sehr enge Weichteile.

Geburtsverlauf: Bei Extraktion des nachfolgenden Kopfes entsteht ein kompletter Dammriss.

Therapie: Sorgfältige Catgut-Etagennaht unter Hinzufügung zweier durchgreifender Seidennähte.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammriss sehr gut p. p. geheilt.

Fall 11. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 507. Th. M., Alter: 23 Jahre.

I para. Kindslage: II. Schädellage.

Komplikation: Sekundäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Forceps. Bei gleichzeitigem Zangenzug presst die Frau heftig mit. Dabei reisst der Damm vollständig ein.

Therapie: Naht in üblicher Weise.

Wochenbett: Fieberfrei.

Entlassungsbefund: Damm vollständig p. p. geheilt.

Fall 12. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 482. B. U. Alter: 30 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Tiefer Querstand.

Geburtsverlauf: Forceps. Beim Herübergleiten der Stirn über den Damm entsteht ein totaler Dammriss.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 13. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 515. K. H., Alter: 23 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Geburtsverlauf: Spontangeburt. Das Durchschneiden des Kopfes geschieht ziemlich plötzlich, ehe der Dammschutz ausgeübt werden kann. Dabei reisst der Damm vollständig bis zum anus.

Therapie: Typische Naht.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 14. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 515. B. M., Alter: 28 Jahre.

I para. Kindslage: Querlage.

Komplikation: Gemini.

Geburtsverlauf: Eine Frucht abgestorben, Entwicklung derselben mit Zange. Das andere Kind wird gewendet

und extrahiert. Trotz doppelseitiger Episiotomien reisst der Damm beim Durchtritt des Kopfes bis zum anus ein.

Therapie: Naht in der üblichen Weise.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Dammriss tadellos p. p. geheilt. Scheide ziemlich eng. Sphinkter schliesst gut.

Fall 15. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 540. A. M., Alter: 34 Jahre.

II para. Kindslage: Hintere Scheitelbeineinstellung.

Komplikation: Plattes Becken.

Geburtsverlauf: Beendigung der Geburt mittelst Wendung und Extraktion. Bei der Lösung des hinteren Armes reisst der Damm bis zum anus ein.

Therapie: Typische Naht.

Wochenbett: Fieberfrei.

Entlassungsbefund: Dammriss nicht primär geheilt. Patientin kann Stuhl und Winde nicht halten. Wieder her bestellt.

Fall 16. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 629. M. R., Alter: 32 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Geburtsverlauf: Bei sehr kräftigen Wehen Spontangeburt. Dabei kompletter Dammriss. Sphinkter vollständig durchrissen. Schleimhaut intakt.

Therapie: Naht in typischer Weise.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. geheilt. Spinkter schliesst tadellos.

Fall 17. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 618. J. V., Alter: 41 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Stillstand der Geburt.

Geburtsverlauf: Forceps. Trotz rechtzeitiger Episiotomie entsteht ein Scheiden-Damm-Mastdarmriss. Sphinkter selbst ist erhalten.

Therapie: Naht in der üblichen Weise.

Wochenbett: Fieberfrei.

Entlassungsbefund: Dammriss nicht p. p. geheilt. Wunde vollkommen auseinandergegangen. Wundflächen gut granulierend.

Fall 18. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 497. A. St., Alter: 21 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Sekundäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Beckenausgangszange. Dabei kompletter Dammriss.

Therapie: Typische Naht.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Damm vollkommen p. p. verheilt.

Fall 19. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 138. R. R., Alter: 33 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Sekundäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Beckenausgangszange. Hierbei kommt es zu einem kompletten Dammriss.

Therapie: Naht in der üblichen Weise.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammriss tadellos p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 20. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 521. G. H., Alter: 26 Jahre.

I para. Kindslage: Gedoppelte Steisslage.

Komplikation: Nabelschnurvorfall, enge Weichteile.

Geburtsverlauf: Da das Kind zu atmen beginnt, wird die Extraktion forciert unter Impression des Kopfes von oben. Trotz linksseitiger Episiotomie reisst der Damm total ein.

Therapie: Typische Naht.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. geheilt. Patientin ist für Stuhl und Winde kontinent.

Fall 21. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 344. B. H., Alter: 17 ½ Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Plattes Becken, Nabelschnurvorfall, sehr enge Weichteile.

Geburtsverlauf: Forceps. Durch Mitpressen der Patientin wird der Kopf ganz plötzlich ausgestossen. Dabei entsteht ein kompletter Dammriss.

Therapie: Naht in der üblichen Weise.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Dammwunde p. p. geheilt. Patientin kann Stuhl und Winde halten.

Fall 22. Jahrgang 1912. Journal-Nr. 17. M. St., Alter: 34 Jahre.

I para. Kindslage: Reine Steisslage.

Komplikation: Sinken der kindlichen Herztöne.

Geburtsverlauf: Extraktion. Trotz der langsamen Entwicklung des Kopfes entsteht ein Dammriss 3. Grades.

Therapie: Typische Naht.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammwunde gut geheilt. Es hat sich aber eine Scheidenmastdarmfistel gebildet. Wieder herbestellt.

Fall 23. Jahrgang 1912. Journal-Nr. 224. F. S., Alter: 22 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Sinken der kindlichen Herztöne.

Geburtsverlauf: Zangenextraktion. Dabei entsteht ein kompletter Dammriss.

Therapie: Naht in üblicher Weise.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Damm gut geheilt.

Fall 24. Jahrgang 1912. Journal-Nr. 170. L. K., Alter: 31 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Sekundäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Beckenausgangszange. Hierbei reisst der sehr niedere und resistente Damm bis zum anus ein.

Therapie: Typische Naht.

Wochenbett: Ohne jede Störung.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. mit guter Funktion geheilt. Dammnarbe glatt und fest.

Fall 25. Jahrgang 1912. Journal-Nr. 58. S. E., Alter: 30 Jahre.

I para. Kindslage: I. Schädellage.

Komplikation: Plattes Becken. Sekundäre Wehenschwäche.

Geburtsverlauf: Beckenausgangszange. Dabei reisst der sehr morsche Damm komplett ein.

Therapie: Naht in üblicher Weise.

Wochenbett: Normal.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. geheilt. Sphinkter ist schlussfähig.

62 veraltete komplette Dammrupturen.

Fall 1. Jahrgang 1900. Journal-Nr. 165. Th. F., Alter: 25 Jahre.

Anamnese: II Partus. Erste Entbindung vor 2 Jahren Forceps, dabei Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Unvermögen, Blähungen zu halten.

Status praesens: Vulva klafft sehr weit; kompletter, nicht sehr tiefgehender Dammriss.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Dammplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammriss und Sphinkter gut geheilt.

Fall 2. Jahrgang 1900. Journal-Nr. 145. E. Th., Alter: 49 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 11 Jahren. Forceps, dabei Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Seitdem Unvermögen, Blähungen und dünnen Stuhl zu halten.

Status praesens: Kleiner, schmaler, narbiger Damm. Mastdarmscheidenfistel.

Diagnose: Ruptura, perinei completa inveterata. Retrofl. uteri.

Operation: Dammplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Scheiden- und Dammwunde gut, Sphinkter nicht geheilt.

Fall 3. Jahrgang 1901. Journal-Nr. 411. M. H., Alter: 38 Jahre.

Anamnese: II Partus. Bei der letzten, die spontan verlief, vor 12 Wochen, acquirierte Patientin einen Dammriss.

Beschwerden: Unvermögen, Blähungen zu halten.

Status praesens: Damm vollkommen durchrissen. An der vorderen Seite des Mastdarms eine straffe Narbe.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Perineoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 4. Jahrgang 1901. Journal-Nr. 155. W. F., Alter: 21 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 4 Monaten. Vergebliche Zangenversuche draussen. Dabei kompletter Dammriss. In hiesiger Klinik Perforation.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Stuhl und Winde.

Status praesens: Vernarbte Scheidendammwunde, etwa 2 cm in den Mastdarm hinaufgehend.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Typische Dammplastik.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 5. Jahrgang 1902. Journal-Nr. 176. B. M., Alter: 27 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 2½ Jahren. Forceps, dabei Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Patientin kann Stuhl und Winde nicht halten.

Status praesens: Kompletter Dammriss. Eine bindegewebige Brücke trennt Scheide vom Damm. Columna rug. nach rechts verzogen. Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata. Retroflexio uteri.

Operation: Spaltung der Narbe und Abtrennung des nach rechts verzogenen Columna. Sonst in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Vollständige Heilung p. p. Befund 8 Monate später: Damm sehr fest. Die Narbe ist kaum noch zu erkennen.

Fall 6. Jahrgang 1902. Journal-Nr. 233. M. S., Alter: 25 Jahre.

Anamnese: II Partus. Letzte Geburt vor 2 Jahren. Forceps, dabei Dammriss.

Beschwerden: Unwillkürlicher Abgang des Faeces.

Status praesens: Damm vollständig bis 3 cm hoch in den Mastdarm gerissen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Perineoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt, Sphinkter schliesst gut.

Fall 7. Jahrgang 1902. Journal-Nr. 164. M. A., Alter: 53 Jahre.

Anamnese: XIII Partus. Bei der 2. Geburt (spontan) kompletter Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus. Senkungsgefühl.

Status praesens: Vulva klafft. Septum recto-vaginale 2—3 cm weit nach oben hin gerissen und vernarbt.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Dammplastik in der üblichen Weise.

Entlassungsbefund: Damm vollkommen glatt geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 8. Jahrgang 1902. Journal-Nr. 83. Th. S., Alter: 29 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 4 Jahren. Spontan, hierbei entstand ein Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Inkontinenz bei Diarrhöen. Seit 14 Tagen bemerkt Patientin einen Vorfall.

Status praesens: Vor der Vulva die hintere und ein Teil der vorderen Scheidenwand prolabiert kompletter Dammriss, ziemlich weit heraufgehend.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata. Prolaps vaginae ant. et post.

Operation: Nach Operation des Prolapses Spaltung der Narbe zwischen Mastdarm und Scheide. Die ganze Schleimhaut wird von der infiltrierten Grundlage stumpf abgelöst. Der untere Teil der Scheidenschleimhaut wird über die infiltrierten Partien herübergezogen.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Sphinkter funktioniert ganz gut. Die Infiltration des Septum recto-vaginale ist vollständig geschwunden.

Fall 9. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 618. J. H., Alter: 34 Jahre.

Anamnese: V Partus. Letzte vor 3 Wochen. Forceps, dabei Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Inkontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Damm total eingerissen. Links von der Medianlinie narbige Verziehungen. Portio vorne durch narbige Stränge mit der rechten Scheidenwand fixiert.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss. Narbige Verbindung zwischen Scheide und Portio.

Operation: Zunächst Durchtrennung und Excision der Narbe zwischen Portio und Scheide. Dann Proctoperineoplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 10. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 482. K. Z., Alter: 36 Jahre.

Anamnese: II Partus. Die erste war eine Zangenentbindung mit Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus. Leibschmerzen infolge eines Vorfalles.

Status praesens: Scheide und Rektum 6 bis 7 cm lang aufgerissen. Rektalschleimhaut buchtet sich vor und ist mit einem schmierigen Belag bedeckt.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Dammplastik in der üblichen Weise.

Entlassungsbefund: Dammriss nicht geheilt, die Wundränder sind wieder völlig auseinandergewichen.

Fall 11. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 468. F. v. Sch., Alter: 37 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 4 Jahren. Spontangeburt, dabei totaler Dammriss, der schon 2 mal operiert wurde.

Beschwerden: Unvermögen, Winde und dünnen Stuhl zurückzuhalten.

Status praesens: An Stelle des Dammes sind 3 schmale Hautbrücken, Sphinkter fehlt vollständig.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Nach Durchschneidung der Hautbrücken Anfrischung des Dammes nach *Simon-Hegar*. Typische Naht.

Entlassungsbefund: Wunde jetzt vollkommen geschlossen. Keine Beschwerden beim Stuhlgang.

Fall 12. Jahrgang 1903. Journal-Nummer 166. M. D., Alter: 28 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 7 Wochen. Forceps, hiebei Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Schmerzen an der Wunde bei jeder Bewegung.

Status praesens: Damm bis zum Anus eingerissen. Die ganze Wunde ist mit Epithel überhäutet.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Typische Anfrischung und Naht.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 13. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 113. B. R., Alter: 31 Jahre.

Anamnese: III Partus. Bei der letzten Geburt (spontan) vor 4 Jahren entsteht ein Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Angeblich keine.

Status praesens: Der Damm ist total durchrissen, der Mastdarm 3 cm hoch eingerissen.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Mobilisierung des Mastdarms und Freilegen der links festgewachsenen Columna rug. Fixierung derselben. Naht in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Dammwunde glatt p. p. geheilt.

Fall 14. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 78. M. H., Alter: 24 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 1 1/4 Jahren. Forceps, dabei Dammriss, der gleich genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Seitdem Kreuzschmerzen.

Status praesens: Vulva klafft weit. Hintere Scheidenwand vollkommen durchrissen. Ebenso der Sphinkter.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Dammplastik nach *Simon-Hegar.*

Entlassungsbefund: Damm p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 15. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 40. M. G., Alter: 40 Jahre.

Anamnese: II Partus. Bei der letzten Geburt (spontan) entstand ein Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Winde und dünnen Stuhl.

Status praesens: Damm bis zum Anus eingerissen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Dammplastik nach *Simon-Hegar.*

Entlassungsbefund: Dammwunde sehr gut geheilt.

Fall 16. Jahrgang 1903. Journal-Nr. 28. J. D., Alter: 24 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 2 Monaten. Steisslage. Extraktion. Dabei Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Schmerzen an der Wunde.

Status praesens: Totaler Dammdefekt. Sphinkter durchrissen.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Perineoplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Heilung der Dammwunde p. p. und mit guter Funktion.

Fall 17. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 190. C. F., Alter: 34 Jahre.

Anamnese: V Partus. Partus I vor 7 Jahren. Dammriss genäht, nicht geheilt. Partus ultima (Querlage, Wendung, Extraktion) Dammriss nicht genäht.

Beschwerden: Patientin kann seitdem keinen Stuhl mehr halten.

Status praesens: Damm bis zum Anus eingerissen. Auf beiden Seiten das Gewebe narbig verzogen. Raphe der Scheide nach links verzogen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Anfrischung und Excision der alten Narben, Mobilisierung der Scheidenschleimhaut und der Mastdarmschleimhaut. Sonst in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammplastik vollkommen p. p. geheilt. Sphinkter funktioniert gut.

Fall 18. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 367. E. W., Alter: 37 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 9 Jahren. Forceps. Dabei Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Patientin kann Winde und dünnen Stuhl nicht halten.

Status praesens: Vulva klafft weit. Damm gerissen bis zum Rektum.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Perineoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Heilung der Dammwunde p. p. und mit guter Funktion.

Fall 19. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 191. E. D., Alter: 62 Jahre.

Anamnese: III Partus. Erste Geburt vor 26 Jahren. Forceps mit totalem Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Schmerzen beim Stuhlgang.

Status praesens: Damm fehlt vollständig. Rektalschleimhaut wölbt sich in grossen Massen vor.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss, Prolaps recti.

Operation: Dammplastik nach *Simon-Hegar*.

Entlassungsbefund: Dammwunde nicht geheilt. Mastdarmschleimhaut stülpt sich vor.

Fall 20. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 174. A. M., Alter: 25 Jahre.

Anamnese: cf. Geburtshilfl. Journal 1904, 148. Auf gynäkologische Station gebracht.

Status praesens: Damm vollständig bis zum Rektum durchrissen. Die Wundflächen granulieren gut. Geringe narbige Verziehung.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Entfernung der Granulationen mit dem scharfen Löffel. Hierauf Plastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Damm p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 21. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 12. E. H., Alter: 37 Jahre.

Anamnese: III Partus. Die letzte vor 8 Monaten, Forceps. Dabei entstand ein grosser Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Damm auf beiden Seiten vollständig eingerissen, stark narbig verzogen. Im Mastdarm setzt sich der Riss 2 cm nach oben fort.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Proktoperineoplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. geheilt. Sphinkter funktioniert wieder tadellos.

1 Jahr später: Beschwerdefrei Dammnarbe glatt.

Fall 22. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 626. M. H., Alter: 26 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 14 Tagen. Forceps, wobei ein totaler Dammriss entstand.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Damm bis zum Rektum durchrissen. Sphinkter völlig durchtrennt. Die Wundflächen granulieren.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Operation: Dammplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammriss vollkommen p. p. geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 23. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 503. M. F., Alter: 24 Jahre.

Anamnese: I Partus. Sturzgeburt, wobei ein kompletter Dammriss entstand, der sofort genäht wurde, aber wieder aufplatzte.

Beschwerden: Patientin kann Stuhl nicht lange halten.

Status praesens: Vulva klafft. Damm und Sphinkter

durchrissen. Ebenso das Rektum 3 cm weit. Zu beiden Seiten des Risses derbes Narbengewebe.

Diagnose? Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Entfernung des Narbengewebs mit Messer und Schere. Anfrischung der alten Wundränder und Mobilisierung des Rektums. Naht in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Heilung der Wunde p. p. und mit guter Funktion.

Fall 24. Jahrgang 1904. Journal-Nr. 488. A. B., Alter: 30 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 3 Monaten. Forceps, wobei ein Dammriss entstand, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Damm fehlt vollkommen und wird durch derbes Narbengewebe ersetzt. Die durchrissenen Sphinkterenden sind weit auseinander gerückt.

Diagnose: Totaler, veralteter Dammriss.

Operation: Dammplastik in typischer Weise. Vor allem wird versucht, die Sphinkterenden wieder möglichst einander zu nähern.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 25. Jahrgang 1905. Journal-Nr. 516. J. B. Alter: 28 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 3 Monaten. Forceps. Dabei totaler Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Inkontinenz gegen dünnen Stuhl.

Status praesens: Ziemlich mediane Dammnarbe. 1½ cm langer Rektumriss. Schleimhaut prolabiert.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: W förmige Anfrischung des Dammes und Mastdarms. Unterminierung der Scheidenschleimhaut. Typische Naht.

Entlassungsbefund: Dammwunde p.p. geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 26. Jahrgang 1905. Journal-Nr. 356. E. T., Alter: 31 Jahre.

Anamnese: II Partus. Partus I vor 5 Jahren. Forceps, wobei ein Dammriss entstand, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Patientin kann Winde und dünnen Stuhl nicht zurückhalten.

Status praesens: Damm sehr schmal; besteht nur aus einer Brücke äusserer Haut und der Darmschleimhaut. Sphinkter fehlt völlig.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Zur Bildung eines neuen Sphinkter wird der Damm und die Scheidenwand gespalten. Nach Unterminierung der Wundränder wird durch eine tiefe Seidennaht an Stelle des Sphinkter das Gewebe gefasst und zusammengezogen. Schluss der Wunde in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammplastik gut p. p. geheilt. Der neu entstandene Sphinkter ist für einen Finger eben passierbar.

Fall 27. Jahrgang 1905. Journal-Nr. 402. A. B., Alter: 29 Jahre.

Anamnese: III Partus. Letzte vor 1 ½ Jahren. Forceps. Dabei totaler Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Incontinentia flatus et alvi.

Status praesens: Vulva klafft infolge eines alten, hoch in den Darm heraufgehenden kompletten Dammrisses.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Perineoplastik nach *Simon-Hegar.*

Entlassungsbefund: Damm p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 28. Jahrgang 1906. Journal-Nr. 111. B. D., Alter: 37 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 2 Monaten. Forceps. Dabei Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Patientin kann keine Blähungen zurückhalten.

Status praesens: Damm fehlt. Hintere Scheidenwand geht direkt in das 5 cm lang eingerissene Rektum über.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Dammplastik in der üblichen Weise.

Entlassungsbefund: Wunde in ganzer Ausdehnung p. p. geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 29. Jahrgang 1906. Journal-Nr. 617. B. B. Alter: 57 Jahre.

Anamnese: IX Partus alle spontan. Bei einer entstand ein totaler Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Schmerzhafter, unwillkürl. Stuhlgang.

Status praesens: Totaler Dammdefekt bis zum anus. Vordere Scheidenwand und Rektum stark prolabiert.

Diagnose: Prolaps vaginae ant. et recti. Ruptura perinei kompleta inveterata.

Operation: Schmetterlingsförmige Anfrischung. Die resultierende Anfrischungsfigur in typischer Weise vernäht.

Entlassungsbefund: Die ganze Wunde vollkommen p. p. geheilt. Sphinkter schliesst.

Fall 30. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 42. M. Sch., Alter: 33 Jahre.

Anamnese: II Partus. Letzter Partus vor 3 Monaten. Dabei kompletter Dammriss. cf. Gb. 06, 592.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Stuhl und Blähungen.

Status praesens: Vulva klafft infolge des totalen Dammdefektes. Rektum 1 cm weit eingerissen.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Perineoplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammwunde p. p. geheilt.

Fall 31. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 13. B. Sch., Alter: 46 Jahre.

Anamnese: VII Partus. Die erste war Forceps. Dabei Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Unvermögen, Blähungen und dünnen Stuhl zu halten.

Status praesens: Kompletter Dammriss bis zum Anus. Mastdarmschleimhaut 2 ½ cm eingerissen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Dammplastik in der üblichen Weise.

Entlassungsbefund: Damm vollkommen p. p. geheilt. Sphinkter schliesst.

Fall 32. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 544. B. Fr., Alter: 25 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 5 Monaten. Spontan. Dabei Dammriss, der genäht wurde, aber wieder aufging.

Beschwerden: Inkontinenz gegen dünnen Stuhl.

Status praesens: An Stelle des Dammes findet sich eine narbige Hautbrücke, von der Narben nach beiden Seiten ausstrahlen. Sphinkter schliesst nicht.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Plastik nach typischer Anfrischungsfigur.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Kontinenz gegen Stuhl und Winde.

Fall 33. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 484. A. H., Alter: 35 Jahre.

Anamnese: IV Partus. Die zweite Geburt war Forceps. Dabei entstand ein grösserer Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Patientin klagt über einen faustgrossen Vorfall.

Status praesens: Zwischen Scheide und Anus besteht nur eine schmale Hautbrücke. Der Anus schlafft infolge Insuffizenz des Sphinkter und ist prolabiert. Ebenso die Scheidenwand.

Diagnose: Prolaps uteri et recti. Descensus vaginae. Kompletter Dammriss.

Operation: Amputatio portionis. Vaginafixura uteri (Schauta) Perineoplastik nach *Simon-Hegar.*

Entlassungsbefund: Die ganze Wunde p. p. geheilt. Sphinkter schlussfähig.

Fall 34. Jahrgang 1908. Journal-Nr. 236. M. Sch., Alter: 33 Jahre.

Anamnese: VI Partus. I. Partus Forceps. Dabei Dammriss 3. Grades, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Blähungen und dünnen Stuhl.

Status praesens: Vulva klafft weit infolge eines kompletten, 2 cm in den Mastdarm heraufgehenden Dammrisses.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss. Retroflexio uteri.

Operation: Perineoproktoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Dammriss p. p. und mit guter Funktion geheilt.

Fall 35. Jahrgang 1908. Journal-Nr. 186. A. B., Alter: 24 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 1 Jahr. Forceps. Dabei grosser Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Der ganze Damm bis zum Rektum eingerissen. Sphinkter völlig durchtrennt.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Colpoperineoproktoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Damm glatt p. p. geheilt. Sphinkter schliesst.

Fall 36. Jahrgang 1908. Journal-Nr. 136. M. K., Alter: 27 Jahre.

Anamnese: II Partus. Die erste Forceps. Dabei entstand ein grosser Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Incontinentia flatus. Gefühl, als ob aus dem Leib etwas herausfalle.

Status praesens: Damm fehlt vollkommen. Der unterste Teil der Rektumschleimhaut liegt frei zu Tage und ist 3 cm hoch eingerissen.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Dammplastik nach typ. Anfrischungsfigur.

Entlassungsbefund: Heilung der Wunde p. p. und mit guter Funktion.

Fall 37. Jahrgang 1908. Journal-Nr. 95. M. M., Alter: 35 Jahre.

Anamnese: III Partus. I. Partus vor 6 Jahren. Querlage, Wendung, Extraktion. Dabei Dammriss, genäht, aber nicht geheilt.

Beschwerden: Patientin kann Stuhl und Blähungen nicht zurückhalten.

Status praesens: Damm fehlt völlig. Darmrohr 4 cm weit eingerissen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Colpoperineoproktoplastik in typisch. Weise.

Entlassungsbefund: Wunde p. p. geheilt. Damm hoch und fest. Sphinkter schliesst gut.

Fall 38. Jahrgang 1908. Journal-Nr. 577. A. B. Alter: 25 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 6 Monaten. Forceps. Dabei grosser Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Vulva klafft weit. Damm vollkommen und das Septum recto-vaginale auf 2 cm durchrissen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Colpoperineoproktoplastik nach üblicher Methode.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Patientin kann Stuhl und Blähungen zurückhalten.

Fall 39. Jahrgang 1908. Journal-Nr. 476. F. S., Alter: 27 Jahre.

Anamnese: VI Partus. Die erste war Forceps. Dabei ein grosser Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Patientin kann Stuhl und Winde nicht halten. Die Beschwerden sind von Geburt zu Geburt schlimmer geworden.

Status praesens: Vulva klafft weit. Alter Dammriss 3. Grades, wobei das Mastdarmrohr auf 3 cm eingerissen ist.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Dammplastik nach üblicher Anfrischungsfigur.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Sphinkter funktioniert auf Reizung.

Fall 40. Jahrgang 1908. Journal-Nr. 176. A. H., Alter: 41 Jahre.

Anamnese: II Partus. Bei der I. Partus Forceps. Dabei kompletter Dammriss, nicht genäht.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Damm total, Rektumschleimhaut 3 cm hoch eingerissen. Ringförmiger Vorfall derselben.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata, Prolaps recti.

Operation: Colpoperineoproktoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Damm und Scheide p. p. geheilt. Sphinkter funktioniert.

Fall 41. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 299. A. K., Alter: 35 Jahre.

Anamnese: IV Partus. Bei der 1. Geburt entstand ein Dammriss, der bei der letzten vor 2 Monaten (spontan) komplett geworden ist.

Beschwerden: Unwillkürlicher Kotabgang durch die Scheide.

Status praesens: Sphinkter klafft durch Riss in der vorderen Mastdarmwand, der stark vernarbt ist.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Scharfe Ablösung der hinteren Vaginalwand vom Mastdarmrand. Excision der Narbe am Sphinkterriss. Naht in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Dammwunde p. p. geheilt. Sphinkter schliesst.

Fall 42. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 426. M. F., Alter: 27 Jahre.

Anamnese: I Partus. Forceps. Dabei ausgedehnter Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Unwillkürlicher Abgang von Winden und dünnem Stuhl.

Status praesens: Vulva klafft infolge eines Dammrisses 3. Grades. Sphinkter völlig durchtrennt.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Dammplastik nach üblicher Methode.

Entlassungsbefund: Damm und Sphinkter gut geheilt.

Fall 43. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 228. K. L., Alter: 26 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 2 Jahren. Forceps. Dabei Dammriss, der genäht wurde, aber wieder aufplatzte.

Beschwerden: Patientin kann dünnen Stuhl und Blähungen nicht halten.

Status praesens: Damm fehlt völlig. Mastdarm 2 cm hoch eingerissen. Seitlich befinden sich strahlige Narben.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss. Retroflexio uteri.

Operation: Colpoperineoproktoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Plastik p. p. geheilt. Sphinkter schliesst vollkommen.

Fall 44. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 203. A. O. Alter: 32 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 1 ½ Jahren. Forceps, dabei Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Damm fehlt, Sphinkter durchrissen; ebenso das untere Ende des Mastdarms.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss. Retroflexio uteri.

Operation: Anfrischung des Narbengewebes in Schmetterlingsform. Mobilisierung des Rektums. Typische Naht.

Entlassungsbefund: Wunde p. p. geheilt, Damm hoch und fest. Sphinkter funktioniert gut.

Fall 45. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 707. M. E., Alter: 34 Jahre.

Anamnese: II Partus. Die letzte vor 1 ½ Jahren. Spontan. Dabei Dammriss, genäht, aber nicht geheilt.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Blähungen und dünnen Stuhl.

Status praesens: Damm fehlt. An seiner Stelle sieht man eine straffe Narbe zwischen Anus und hinterer Scheidenwand.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Plastik nach *Simon-Hegar*.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 46. Jahrgang 1909. Journal-Nr. 620. A. Sch., Alter: 30 Jahre.

Anamnese: IV Partus. Die letzte vor 2 Monaten. Spontan. Dabei grosser Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Patientin kann dünnen Stuhl und Blähungen nicht halten.

Status praesens: Vagina klafft. Zwischen Scheide und Mastdarm narbige Brücke. Sphinkter durchrissen.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Perineoplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Dammwunde p. p. geheilt. Patientin ist kontinent für Stuhl und Winde.

Fall 47. Jahrgang 1910. Journal-Nr. 243. B. B., Alter: 39 Jahre.

Anamnese: IV Partus. Erste Geburt vor 6 Jahren. Forceps, dabei tiefer Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Winde und dünnen Stuhl.

Status praesens: Vulva klafft weit. Scheide und Mastdarm auf 5 cm eingerissen.

Diagnose: Alter kompletter Dammriss.

Operation: Lösung der nach rechts verzogenen Columna. Dann. Plastik nach üblicher Methode.

Entlassungsbefund: Alles p. p. geheilt. Sphinkter funktioniert tadellos.

Fall 48. Jahrgang 1910. Journal-Nr. 480. C. S., Alter: 36 Jahre.

Anamnese: II Partus. Erste Geburt Forceps, dabei Dammriss, der nicht beachtet wurde.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Winde und dünnen Stuhl.

Status praesens: Vulva klafft. Damm fehlt völlig. Mastdarm 2 cm weit eingerissen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Anfrischung und Plastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 49. Jahrgang 1910. Journal-Nr. 521. M. B., Alter: 33 Jahre.

Anamnese: III Partus. Die zweite war Querlage. Wendung und Extraktion. Dabei Dammriss 3. Grades, nicht genäht.

Beschwerden: Patientin kann Stuhl nicht halten. Kreuzschmerzen.

Status praesens: Damm total gerissen, Mastdarm etwa 3 cm weit. In der Scheide geht der Riss bis zur Columna.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata. Retroflexio uteri.

Operation: Umschneidung der Rektalschleimhaut und Excision der Narbe. Durch Excision der Scheidenlappen Plastik nach *Simon-Hegar.*

Entlassungsbefund: Dammwunde ganz gut geheilt. Zwischen Anus und Vagina hat sich eine linsengrosse Fistel gebildet.

Fall 50. Jahrgang 1910. Journal-Nr. 688. A. K., Alter: 33 Jahre.

Anamnese: III Partus. Die erste Geburt war eine Zange. Dabei Dammriss 3. Grades, der gar nicht beachtet wurde.

Beschwerden: Inkontinenz gegen dünnen Stuhl und Winde. Senkungsgefühl.

Status praesens: Damm fehlt. Riss bis ins Rektum hinaufgehend. Scheide in ihrem unteren Teil weit deszendiert.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Descensus vaginae.

Operation: Colpoperineorhaphie nach *Simon,* wobei die Mastdarmschleimhaut von der Scheidenschleimhaut an Stelle des alten Risses sorgfältig getrennt wird.

Entlassungsbefund: Dammwunde p. p. geheilt, Patientin ist jetzt vollkommen beschwerdefrei.

Fall 51. Jahrgang 1910. Journal-Nr. 539. M. K., Alter: 30 Jahre.

Anamnese: III Partus. Bei der letzten Geburt (spontan) grosser Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Patientin wird durch einen faustgrossen Vorfall sehr belästigt.

Status praesens: Dammriss 3. Grades. Sphinkter durchrissen. Aus der klaffenden Vulva ragt die stark hypertrophisch Portio. Rings um den Muttermund ulcera.

Diagnose: Kompletter Dammriss. Hypertroph. port. cum elongatione colli.

Operation: Amputatio portionis. Fixation des Uterus an Scheide und Peritoneum. Dammplastik nach *Simon-Hegar.*

Entlassungsbefund: Die ganze Wunde ist p. p. mit guter Funktion geheilt.

Fall 52. Jahrgang 1910. Journal-Nr. 768. K. W., Alter 28 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 5 Monaten. Querlage, Wendung, Extraktion, dabei Dammriss 3. Grades.

Beschwerden: Patientin kann Winde und dünnen Stuhl nicht mehr halten.

Status praesens: Damm total durchrissen. Riss reicht im Darm 2 cm über den Sphinkter empor.

Diagnose: Kompletter Dammriss.

Operation: Colpoperineoproktoplastik nach üblicher Methode.

Entlassungsbefund: Damm vollkommen p. p. geheilt: Sept. recto-vaginale straff und fest. Sphinkter schliesst gut.

Fall 53. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 177. J. L., Alter: 32 Jahre.

Anamnese: III Partus. Erste Geburt gemini. Beide mit Zange entwickelt. Dabei grosser Dammriss.

Beschwerden: Inkontinenz gegen dünnen Stuhl und Winde.

Status praesens: Damm fehlt. Riss geht 2 cm hoch in die Mastdarmschleimhaut. Columna nach rechts verzogen.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Anfrischung und Naht in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Plastik p. p. geheilt. Patientin kann Winde und dünnen Stuhl zurückhalten.

Fall 54. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 44. L. S., Alter: 28 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 1 ½ Jahren. Zange, dabei entstand ein Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Damm wird gebildet durch eine schmale Bindegewebsbrücke. Sphinkter durchtrennt.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Durchtrennung der Bindegewebsbrücke. Perineoplastik in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 55. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 670. A. B., Alter: 27 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 8 Monaten. Forceps. Dabei ausgedehnter Dammriss, der genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Blähungen und dünnen Stuhl.

Status praesens: Damm vollständig, Mastdarm auf eine Strecke von 3 cm gerissen.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Colpoperineoproktoplastik nach üblicher Methode.

Entlassungsbefund: Damm und Scheide vollkommen fest, p. p. geheilt.

Fall 56. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 442. M. Sch., Alter: 42 Jahre.

Anamnese: III Partus, die letzte vor 1 Jahr. Querlage, Wendung, Extraktion. Dabei Dammriss 3. Grades.

Beschwerden: Incontinentia alvi et flatus.

Status praesens: Vulva klafft infolge eines kompletten Dammrisses, der die Mastdarmschleimhaut auf 2 cm durchsetzt.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Dammplastik nach *Simon-Hegar.*

Entlassungsbefund: Wunde p. p. geheilt. Patientin kann jetzt Stuhl und Winde halten.

Fall 57. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 734. T. Sch., Alter: 40 Jahre.

Anamnese: III Partus. Die zweite Geburt war Zange. Dabei entstand ein grosser Dammriss, der nicht genäht wurde.

Beschwerden: Patientin kann seitdem dünnen Stuhl und Winde nicht mehr halten.

Status praesens: Damm bis zum Sphinkter durchrissen und vernarbt. Gewebe sind alle sehr dehnbar und nachgiebig.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Anfrischung der Narbenfigur mit Durchtrennung narbiger Stränge. Die Wunde wird nach Unterminierung der Scheidenlappen typisch vernäht.

Entlassungsbefund: Damm vollkommen p. p. geheilt, hoch und fest. Sphinkter schliesst gut.

Fall 58. Jahrgang 1911. Journal-Nr. 682. B. B., Alter: 56 Jahre.

Anamnese: V Partus. Sämtliche spontan. Bei einer Dammriss, der gar nicht beachtet wurde.

Beschwerden: Patientin klagt über einen Vorfall aus dem After, der sehr stark juckt und sie sehr belästigt.

Status praesens: Vulva klafft durch einen Scheiden-Dammriss. Sphinkter durchtrennt. Die Mastdarmschleimhaut stülpt sich vor und zeigt sich entzündlich gerötet.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss. Prolaps recti.

Operation: Anfrischung des Narbendreiecks rechts neben der Columna, dem Scheidenriss entsprechend heraufgehend. Schluss der Wunde in typischer Weise.

Entlassungsbefund: Wunde vollkommen p. p. geheilt. Damm hoch und fest. Sphinkter schlussfähig.

Fall 59. Jahrgang 1912. Journal-Nr. 451. G. D., Alter: 21 Jahre.

Anamnese: I Partus vor 2 Monaten. Spontan. Dabei Dammriss 3. Grades, der genäht wurde, aber wieder aufging. Angeblich gonnorrhoisch infiziert.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Winde und dünnen Stuhl.

Status praesens: Aus der Scheide eitriger Ausfluss. Damm fehlt völlig. Sphinkter durchtrennt. Darm 2 cm weit eingerissen. Seitlich narbige Stränge.

Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata.

Operation: Colpoperineoproktoplastik in üblicher Weise.

Entlassungsbefund: Wunde per secundam geheilt. An dem festen hohen Damm 10 Pfennigstückgrosse Granulationsfläche. Patientin kann Winde und Stuhl halten.

Fall 60. Jahrgang 1912. Journal-Nr. 401. B. B. Alter: 27 Jahre.

Anamnese: I Partus vor ½ Jahr. Steisslage, Extraktion. Dabei Dammriss, der sofort genäht wurde, aber nicht heilte.

Beschwerden: Patientin kann Winde und dünnen Stuhl nicht halten.

Status praesens: Alter, kompletter Dammriss. Sphinkter eingerissen. Die Scheidenwand tritt beim Pressen wallnussgross in die Vulva.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss. Descensus vaginae.

Operation: Es wird unter Exzision der alten Dammnarben eine hintere Plastik angelegt und in typischer Weise vernäht.

Entlassungsbefund: Dammriss glatt p. p. geheilt. Sphinkter schliesst gut.

Fall 61. Jahrgang 1912. Journal-Nr. 118. A. H., Alter: 38 Jahre.

Anamnese: VII Partus. Letzte Geburt vor ¾ Jahren. Forceps. Dabei totaler Dammriss, der genäht wurde, aber nur unvollkommen heilte.

Beschwerden: Winde und dünner Stuhl gehen unwillkürlich ab.

Status praesens: Es besteht eine 1 cm hohe ziemlich feste Analbrücke. Doch sind die Sphinkterenden vorne nicht vereinigt.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Nach Exzision der Scheidendammnarbe Perineoplastik nach üblicher Methode.

Entlassungsbefund: Heilung p. p. Der Damm ist 2 cm hoch und fest. Sphinkter schliesst gut.

Fall 62. Nachtrag. Jahrgang 1907. Journal-Nr. 398. M. Sch., Alter: 32 Jahre.

Anamnese: IV Partus. Die erste Geburt war Forceps. Dabei grosser Dammriss, der trotz Naht nicht heilte.

Beschwerden: Inkontinenz gegen Winde und dünnen Stuhl.

Status praesens: Vulva klafft. Damm bis zum Darmrohr gerissen. Columna frei sichtbar.

Diagnose: Alter, kompletter Dammriss.

Operation: Abpräparieren der nach links verzogenen Columna. Typische Dammplastik.

Entlassungsbefund: Damm p. p. geheilt. Patientin kann Stuhl und Winde halten.

Ordnen wir nun unser Material, so finden wir:

Die Entstehungsursache für den kompletten Dammriss war:

Spontangeburt in 21 Fällen = 24 %.

Forceps in 54 Fällen = 62 %.

Extraktion mit nachfolgendem Kopf in 12 Fällen = 14 %.

Es wurden von totalem Dammriss betroffen:

Erstgebärende in 75 Fällen = 88 %.

Mehrgebärende in 11 Fällen = 12 %.

Hinsichtlich der Beschwerden, die die Frauen in die Klinik führten, war es in vielen Fällen (44 %) die Klage über unwillkürlichen Abgang von Blähungen und dünnem Stuhl, während normaler Stuhl willkürlich zurückgehalten werden konnte, ein Umstand, der dem anatomischen Be-

funde, der völligen Durchtrennung des Sphinkter Ani meistens nicht entsprach.

Die meisten Patientinnen sind überhaupt noch viele Jahre, einige gradezu ihr ganzes Leben (ich denke hier vor allem an jene 62jährige Frau cf. 1904, Journal-Nr. 191, die bei der ersten Geburt einen Dammriss 3. Grades akquirierte, der gar nicht bemerkt wurde), mit diesem Leiden herumgelaufen, ohne je stärker davon belästigt zu werden, bis sie schliesslich wegen einer sich einstellenden Komplikation die hiesige Klinik aufsuchten.

Eine endgültige Erklärung hierfür kennen wir noch nicht, möglich, dass das schrumpfende Narbengewebe einen mehr oder weniger haltbaren Verschluss des Rektums bildet, möglich, dass der Sphinkter tertius, der ja auch normaler Weise eine Rolle spielt, die Tätigkeit des zerrissenen Sphinkter ani vertritt. Hören wir, was *Hofmeier* über diesen Punkt sagt:

„Es ist in vielen Fällen geradezu erstaunlich wie verhältnismässig wenig die Frauen von derartigen Zerreissungen belästigt werden. Die Unmöglichkeit, Blähungen zurückzuhalten, besteht allerdings fast immer, aber durch unwillkürlichen Stuhlgang werden die Kranken nur dann gestört, wenn Diarrhöen bestehen. Welche Verhältnisse im besonderen dies auch sind, die dies ermöglichen, ob die Tätigkeit des sogenannten Sphinkter tertius, oder die bei den Frauen so ausserordentlich verbreitete Trägheit des Darmes, oder die Gewöhnung an eine regelmässige Defäkation oder andere Umstände: Tatsache ist, dass in dieser Beziehung viele Frauen durch die völlige Zerreissung des Sphinkter ani sehr wenig belästigt werden. Sonst wäre es nicht denkbar, dass so viele von ihnen jahrelang mit solchen Verletzungen herumlaufen, kaum etwas davon wissen, häufig wegen anderer Erkrankungen ärztliche Hilfe aufsuchen und erst mit vieler Überredung dazu bewogen werden können, den Dammriss operieren zu lassen."

Sehen wir uns nun zum Schluss das Resultat der operativen Behandlung unserer 86 Fälle (ein Fall

scheidet wegen Todes der Patientin aus) von komplettem Dammriss an, so finden wir:

Primärheilung mit tadelloser Funktion des Sphinkter in 75 Fällen = 88 %.

Missglücken einer prima intentio respektive Insuffizienz des Sphinkter in 11 Fällen = 12 %.

Das Verhältnis der Primärheilung der frischen Dammrisse zu den veralteten gestaltet sich folgendermassen:

Primärheilung bei den 24 frischen Dammrissen in 19 Fällen = 80 %.

Missglücken einer prima intentio in 5 Fällen = 20 %.

Primärheilung bei den 62 veralteten Dammrupturen in 56 Fällen = 90 %.

Missglücken einer prima intentio in 6 Fällen = 10 %.

Dass die Operation der frischen Dammrisse ein etwas schlechteres Resultat gibt, als die der veralteten, ist leicht begreiflich, da ja in diesem Falle die Frauen nicht in geeigneter Weise zu der Operation vorbereitet werden können.

Bei diesem Prozentsatz der primären Heilung müssen wir unbedingt zu dem Schluss kommen, dass die operative Behandlung des totalen Dammrisses heute eine sehr sichere und kaum fehlgehende ist sowohl in frischen als auch in veralteten Fällen.

Allerdings wäre es ja das wünschenswerteste, wenn die Operation des veralteten Dammrisses immer seltener notwendig würde. Am ehesten liesse sich dies durch eine erfolgreiche Primärnaht erreichen.

Daher halten wir es auch in den meisten Fällen für die unbedingte Pflicht des Arztes, gleich nach der Geburt, wenn es irgendwie angängig, den etwaigen kompletten Dammriss lege artis zu vernähen. Wir fordern die sofortige Naht, einmal um die Infektionsgefahr zu vermindern und den Verlauf des Wochenbettes nicht zu stören, dann um die Frau vor den Beschwerden einer nicht genähten kompletten Dammruptur zu bewahren und endlich aus sozialen Gründen.

Zum Schluss meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Geheimrat Professor Dr. Hofmeier für die Anregung zum Thema, gütige Überlassung des Materials und freundliche Übernahme des Referats meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Bienemann: Dammschutz und Dammrisse. Dissertation, Freiburg 1908.

Bucura: Münchener medizinische Wochenschrift 1904 Nr. 1.

Eversmann: Zentralblatt für Gynäkologie 1904 Nr. 8.

Hegar: Münchener medizinische Wochenschrift 1904 Nr. 1.

Hegar-Kaltenbach: Operative Gynäkologie.

Hofmeier: Grundriss der gynäkologischen Operationen.

Küstner: Lehrbuch der Gynäkologie.

Küstner: Die individualisierende Operation der veralteten Scheiden-Damm-Mastdarmrisse.

Meyer: Häufigkeit der Dammrisse und Erfolge der primären Naht.

Mönnighoff: Über frische Dammrisse. Dissertation Strassburg 1885.

Utendörffer: Die Erfolge der Naht beim kompletten Dammriss in der Poliklinik. Dissertation Breslau 1907.

Schommertz: Die Erfolge der Naht des frischen Dammrisses. Dissertation Bonn 1904.

Vogel: Zentralblatt für Gynäkologie 1904 Nr. 8.

v. Wörz: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. II.

Weichselgartner: Über die Resultate der Dammplastik bei kompletten Dammrissen. Dissertation München 1906.

Lebenslauf.

Ich, Willi Ammenhäuser, preussischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 15. Juni 1889 zu Kassel (Preussen) als Sohn des Kgl. Reg.-Oberlandmessers Wilhelm Ammenhäuser in Hanau a. M. und wohne zur Zeit in Würzburg. Nach Besuch der Vorschule in Wiesbaden erwarb ich mir an Ostern 1908 das Reifezeugnis am Kgl. Gymnasium zu Marburg i. H. Hierauf besuchte ich die Universitäten Marburg 5, Giessen 1, München 1, Würzburg 3 Semester. Die ärztliche Prüfung habe ich an der Universität Würzburg am 10. Mai 1913 abgelegt.

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Geheimrat Professor Dr. Hofmeier verfasst.

Zur Zeit bin ich als Medizinal-Praktikant an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg beschäftigt.

Würzburg, den 10. Mai 1913.

Willi Ammenhäuser.